FLASH GRIPPE

Le vendredi 4 février 2011 – volume 1, numéro 4

L'ACTIVITÉ GRIPPALE DEMEURE ÉLEVÉE AU QUÉBEC

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

L'indice d'activité grippale est élevé, avec une tendance à la baisse, au Québec pour la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04). Les laboratoires sentinelles ont signalé 474 tests positifs (soit 19,7 % des tests effectués) pour l'influenza : 457 pour l'influenza A (96,4 %) et 17 pour l'influenza B (3,6 %). Depuis la semaine se terminant le 4 septembre 2010 (CDC 35), près de 97 % des souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé appartiennent au sous-type A(H3N2).

La proportion des appels passés à Info-Santé 8-1-1 pour un syndrome d'allure grippale (SAG) a diminué par rapport à la semaine précédente, pour atteindre 2,31 % durant la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04).

Il est encore temps de se faire vacciner. La vaccination demeure la meilleure protection contre la grippe.

CANADA

Pour la période du 16 au 22 janvier 2011 (semaine CDC 03), l'Agence de la santé publique du Canada rapporte que le pourcentage des tests positifs pour l'influenza a diminué dans la plupart des régions, sauf en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique. Pour l'ensemble du pays, ce pourcentage se situait à 20,8 % pour la semaine CDC 03. Depuis le début de la saison grippale, le virus A(H3N2) est la souche prédominante en circulation. Cette souche est incluse dans le vaccin contre la grippe produit pour la saison 2010-2011.

INTERNATIONAL

Aux États-Unis, la proportion des tests positifs pour l'influenza qui a été établie pour la période du 16 au 22 janvier 2011 (semaine CDC 03) a augmenté par rapport aux semaines précédentes. La proportion des décès causés par une pneumonie ou par la grippe (7,5 %) reste sous le seuil épidémique (7,9 %) et celle des consultations pour un SAG (3,6 %) dépasse le seuil national (2,5 %).

En Europe, le niveau d'activité grippale continue d'augmenter d'ouest en est pour la semaine se terminant le 23 janvier 2011. Au Royaume-Uni, on note une diminution de l'activité grippale. Parmi les souches circulantes dont les sous-types sont connus, l'influenza A(H1N1) pandémique prédomine.

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des syndromes d'allure grippale (d'après les appels à Info-Santé 8-1-1 et les consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU QUÉBEC

Surveillance virologique

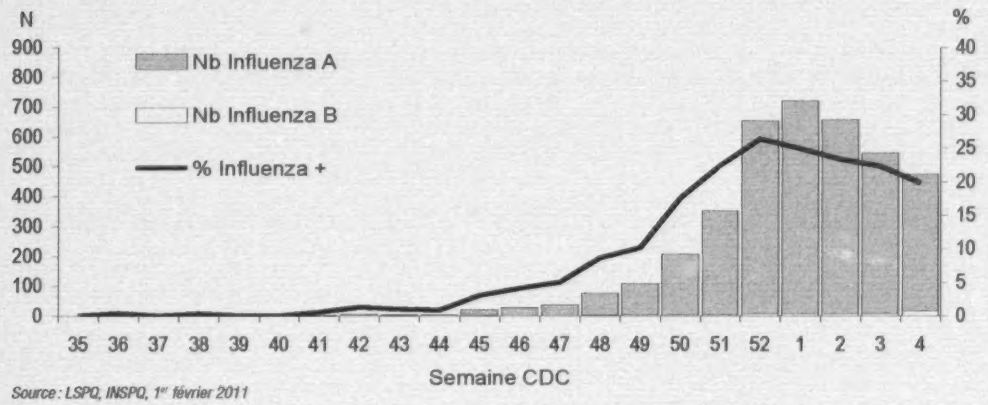
Pendant la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04), les laboratoires sentinelles du Québec ont fait 2 402 tests pour détecter la présence du virus de l'influenza. De ceux-ci, 474 spécimens (19,7 %) se sont révélés positifs : 457 pour l'influenza A (96,4 %) et 17 pour l'influenza B (3,6 %). Parmi les 124 souches d'influenza A dont le sous-type est connu, 122 (98,4%) sont de sous-type A(H3N2) et 2 (1,6%) sont de sous-type A(H1N1) pandémique. Les échantillons trouvés positifs pour l'influenza ont été prélevés sur des personnes résidant dans dix-sept régions sociosanitaires du Québec. Depuis la semaine se terminant le 4 septembre 2010 (CDC 35), près de 97 % des souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé appartiennent au sous-type A(H3N2).

Par ailleurs, d'autres virus respiratoires circulent au Québec. Pour la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04), les laboratoires sentinelles ont rapporté 9 tests positifs pour les virus parainfluenza (1,3 %), 15 tests positifs pour l'adénovirus (2,1 %), 10 tests positifs pour le coronavirus (3,5 %) et 7 cas de métapneumovirus humain (1,4 %). En ce qui concerne le virus respiratoire syncytial, on a dénombré 174 tests positifs (16,1 %).

Le Laboratoire de santé publique du Québec gère un programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires. Les données sont régulièrement mises à jour sur le site Web suivant : **www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance**

Le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait la mise à jour hebdomadaire des données de surveillance de la grippe, qui sont consultables à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?indicateurs**

GRAPHIQUE 1
Nombre et pourcentage de tests positifs d'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2010-2011



Source : LSPQ, INSPQ, 1er février 2011

Caractérisation antigénique et résistance aux antiviraux

Entre le 1er septembre 2010 et le 27 janvier 2011, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) du Canada a caractérisé 149 virus de l'influenza. Les 100 souches (dont 26 au Québec) de type A(H3N2) sont analogues à A/Perth/16/2009, alors que les 23 souches (dont 1 au Québec) d'influenza de type A(H1N1) sont analogues à A/California/07/2009 (souche pandémique). Des 26 souches (dont 1 au Québec) de type B, 25 sont analogues à B/Brisbane/60/2008, et 4 de celles-ci ont démontré des titres réduits à un antisérum produit contre la souche B/Brisbane/60/2008. Une souche analogue à B/Florida/04/2006 a été identifiée en Colombie-Britannique. À l'exception de cette dernière, toutes les souches sont incluses dans le vaccin contre la grippe produit pour la saison 2010-2011. La souche B/Florida/04/2006 était incluse dans le vaccin fabriqué pour la saison 2008-2009.

Les analyses de sensibilité aux antiviraux faites par le LNM sont présentées dans le tableau qui suit.

TABLEAU 1
Résultats des analyses de sensibilité aux antiviraux effectuées au LNM depuis le 1er septembre 2010

	Amantadine			Oseltamivir			Zanamivir		
	Souches analysées	Souches résistantes		Souches analysées	Souches résistantes		Souches analysées	Souches résistantes	
	(N)	(N)	(%)	(N)	(N)	(%)	(N)	(N)	(%)
Influenza A (H3N2)	133	132	99,2	82	0	0	82	0	0
Influenza A (H1N1) pandémique	22	22	100	21	0	0	21	0	0
Influenza B	-	-	-	25	0	0	25	0	0

Source : LNM, 27 janvier 2011

Surveillance de la morbidité ambulatoire

Le pourcentage des appels passés à Info-Santé 8-1-1 pour un syndrome d'allure grippale (SAG) a diminué par rapport à la semaine précédente, pour atteindre 2,31 % durant la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04).

Au Nunavik (région 17), la proportion des consultations pour un SAG a augmenté dans les dernières semaines, jusqu'à 28,8 % le lundi 10 janvier 2011. Elle était de 15,5 % le lundi 24 janvier 2011. Dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (région 18), la proportion de ces consultations a aussi augmenté : elle s'établissait à 16,3 % le lundi 24 janvier 2011, comparativement à 5,9 % le lundi précédent.

La surveillance des infections respiratoires et de la grippe par les groupes de médecine de famille sentinelles suit son cours. Du 9 au 15 janvier 2011 (CDC 02), 14 prélèvements ont été effectués et des virus ont été détectés dans 7 d'entre eux, dont 5 étaient positifs pour l'influenza A(H3N2). La proportion des SAG par rapport à l'ensemble des consultations est de près de 1,2 % pour la même période. L'incidence hebdomadaire de l'influenza parmi les SAG est restée assez élevée depuis la semaine CDC 52, qui se terminait le 1er janvier 2011.

Surveillance des hospitalisations pédiatriques

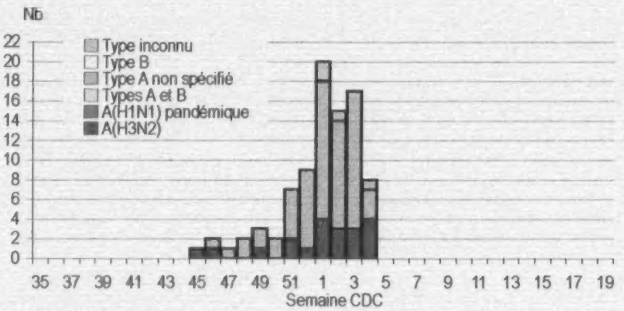
Trois centres hospitaliers pédiatriques du Québec participent au programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT) : le Centre mère-enfant de Québec (CHUQ), le CHU Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. Au cours de la semaine se terminant le 22 janvier 2011 (CDC 03), ils ont rapporté 12 hospitalisations associées à l'influenza A. Depuis le début de la saison grippale, 116 hospitalisations associées à l'influenza (soit 113 cas d'influenza A et 3 cas d'influenza B) ont été signalées par ces centres.

Surveillance des éclosions en CHSLD

Pour la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (CDC 04), 8 éclosions d'influenza dans les CHSLD ont été signalées (7 influenza A et 1 de type inconnu) dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1), de l'Estrie (1), de Montréal (1), de Lanaudière (1) et de la Montérégie (4). Depuis le début de la saison, 87 éclosions d'influenza dans les CHSLD ont été rapportées (83 influenza A et 4 de type inconnu). Parmi les éclosions d'influenza A dont le sous-type est connu, 20 sont de sous-type A(H3N2). La saison grippale 2010-2011 se caractérise par un nombre élevé d'éclosions en CHSLD comparé aux saisons antérieures.

GRAPHIQUE 2

Nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD, selon le type et la semaine de déclaration, Québec, saison 2010-2011



Source : Registre Éclosions, 2 février 2011

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA ET DANS LE MONDE

Au Canada

Pour la période du 16 au 22 janvier 2011 (semaine CDC 03), l'Agence de la santé publique du Canada rapporte que le pourcentage des tests positifs pour l'influenza a diminué dans la plupart des régions, sauf en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique. Pour l'ensemble du pays, ce pourcentage se situait à 20,8 % pour la semaine CDC 03. Au cours de cette période, 4 régions ont rapporté une activité étendue (en Alberta, en Ontario et au Québec), 16 régions signalaient une activité localisée (en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard) et 24, une activité sporadique.

Des 1 370 tests positifs comptabilisés durant la période du 16 au 22 janvier 2011 (semaine CDC 03), 423 (30,9 %) le sont pour le virus A(H3N2), 86 (6,3 %) le sont pour le virus A(H1N1) pandémique et 815 (59,5 %) le sont pour le virus de l'influenza A, sans détermination du sous-type ; enfin, 46 tests (3,4 %) ont été trouvés positifs pour le virus de type B. De plus, le pourcentage de tests positifs pour le virus A(H1N1) pandémique – parmi tous les tests positifs pour le sous-type A – a augmenté, atteignant 16,9 % pour la semaine CDC 03, comparativement à 8,5 % pour la semaine CDC 01.

Le taux national des consultations pour un SAG établi pour la semaine CDC 03 correspond à ce qui est prévu à cette période de l'année.

Depuis le début de la saison (semaine CDC 35), 258 hospitalisations pédiatriques ont été rapportées au réseau IMPACT, dont 24 au cours de la période allant du 16 au 22 janvier 2011 (semaine CDC 03). Un nouveau décès pédiatrique a été signalé en Ontario pour la semaine se terminant le 29 janvier 2011 (semaine CDC 04), attribuable à un virus de l'influenza A dont le sous-type n'a pas été déterminé. Il s'agit du deuxième décès pédiatrique rapporté depuis le début de la saison.

On a signalé une légère augmentation du niveau de détection du virus respiratoire syncitial (12,5 %), tandis que l'on continue de rapporter de faibles niveaux de détection des autres virus respiratoires.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web de l'Agence : **www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php**

Aux États-Unis

Aux États-Unis, la proportion des tests positifs pour l'influenza a atteint 30,1 % pour la semaine se terminant le 22 janvier 2011 (CDC 03), comparativement à 25,9 % pour la semaine se terminant le 15 janvier 2011 (CDC 02). Tous les États signalent une activité grippale, dont 25 rapportent une activité grippale étendue. Parmi les tests positifs pour le virus de l'influenza, 79,4 % le sont pour l'influenza A et 20,6 %, pour l'influenza B. Parmi les souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé, 63,8 % correspondent à l'influenza A(H3N2) et 36,2 % à l'influenza A(H1N1) pandémique.

Pour la semaine se terminant le 22 janvier 2011 (CDC 03), la proportion des décès causés par une pneumonie ou par la grippe (7,5 %) reste sous le seuil épidémique (7,9 %) et celle des consultations pour un SAG (3,6 %) dépasse le seuil national (2,5 %).

Pour plus de renseignements sur la surveillance de la grippe aux États-Unis, visitez le site Web suivant : **www.cdc.gov/flu/weekly**

En Europe

En Europe, le niveau d'activité grippale continue d'augmenter d'ouest en est pour la semaine se terminant le 23 janvier 2011. Au Royaume-Uni, on note une diminution de l'activité grippale.

La proportion des spécimens positifs pour l'influenza analysés dans le réseau de médecins sentinelles est de 44 %. Depuis la semaine du 4 octobre 2010, 71 % des spécimens positifs pour l'influenza sont de type A et 29 %, de type B. Parmi les souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé depuis cette date, 94,8 % correspondent à l'influenza A(H1N1) pandémique, 5,1 % à l'influenza A(H3N2) saisonnière et moins de 1 % à l'influenza A(H1N1) saisonnière. Dans les régions où l'influenza A(H1N1) pandémique et le virus de type B circulent, le virus pandémique semble être détecté de façon disproportionnée chez les cas sévères par rapport à sa fréquence dans la communauté.

Pour plus de renseignements sur la surveillance de la grippe en Europe, visitez le site **www.euroflu.org/index.php**

Ailleurs dans le monde

À l'échelle planétaire, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte, en date du 28 janvier 2011, que l'activité grippale est en train de décliner en Afrique du Nord alors que, dans les zones tempérées de l'Asie, l'influenza A(H3N2) diminue et l'influenza A(H1N1) apparaît. Dans les régions tropicales, on rapporte très peu d'activité grippale.

Le virus A (H1N1) pandémique ainsi que les virus saisonniers de l'influenza B et A(H3N2) circulent à l'échelle mondiale, avec une variation importante entre les régions.

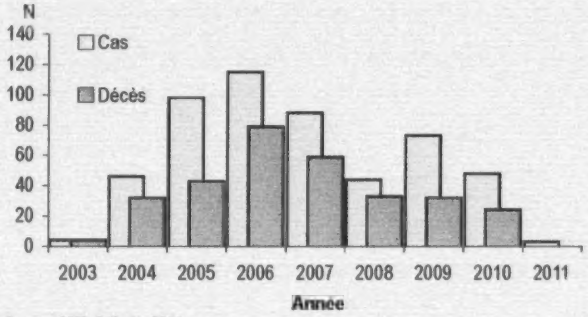
Pour plus de renseignements sur la surveillance internationale, visitez le site Web suivant :
www.who.int/csr/disease/influenza/u/en/index.html

Influenza A(H5N1) chez l'humain

Pour l'année 2011, en date du 2 février, 3 cas humains d'influenza A(H5N1) ont été rapportés à l'OMS par l'Égypte. En 2010, 48 cas humains d'influenza A(H5N1) – dont 24 décès – avaient été rapportés à l'OMS. Ces données proviennent du Cambodge (1 cas, 1 décès), de la Chine (2 cas, dont 1 décès), de l'Égypte (29 cas, dont 13 décès), de l'Indonésie (9 cas, dont 7 décès) et du Vietnam (7 cas, dont 2 décès).

L'OMS présente le tableau complet des cas humains survenus depuis 2003 à l'adresse suivante :
www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/index.html

GRAPHIQUE 3
Nombre de cas humains de l'influenza A(H5N1) hautement pathogènes et de décès confirmés, rapportés annuellement à l'OMS depuis 2003



Source : OMS, 2 février 2011

RECOMMANDATIONS

Vaccination

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (saison 2010-2011)

Le vaccin contre la grippe saisonnière distribué en 2010-2011 dans l'hémisphère Nord contient les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1), à A/Perth/16/2009 (H3N2) et à B/Brisbane/60/2008. La souche d'influenza A (H1N1) qu'il contient est analogue à la grippe A(H1N1) pandémique. Depuis le début de la saison, toutes les souches d'influenza A et B caractérisées au Canada sauf une sont appariées aux souches incluses dans le vaccin.

Recommandation concernant la vaccination

La campagne de vaccination contre la grippe suit son cours depuis le 1er novembre dernier. Les personnes non vaccinées qui font partie des groupes à risque ou qui sont en contact avec une personne à risque (proches, travailleurs de la santé) sont invitées à consulter leur centre de santé et de services sociaux ou leur médecin pour recevoir le vaccin contre la grippe. Même si ces personnes ont été vaccinées contre la grippe A(H1N1) pandémique, elles devraient être vaccinées à nouveau cette année pour avoir une protection maximale contre les souches circulantes, d'autant plus que la principale souche caractérisée à ce jour au Québec est celle de l'influenza A(H3N2). Plusieurs des personnes à risque sont aussi admissibles à la vaccination contre le pneumocoque. Plus de détails concernant la vaccination à l'adresse suivante : http://infogrippe.gouv.qc.ca/?lg=fr-CA.

Éclosion dans les CHSLD

Une mise à jour de la définition d'éclosion d'influenza dans les CHSLD a été approuvée par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses le 8 février 2010. Les recommandations pour la gestion des éclosions d'influenza dans les CHSLD ont été révisées pour la saison 2010-2011 et sont regroupées dans la *Fiche synthèse sur l'influenza dans les CHSLD 2010-2011*. Ces deux documents sont accessibles à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?professionnels_de_la_sante**

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

La consommation d'antiviraux peut produire des effets indésirables sur la santé de certaines personnes. Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Ce programme est soutenu par les bureaux régionaux de Canada Vigilance, qui sont autant de points de service aux professionnels et aux consommateurs. Les bureaux régionaux recueillent les déclarations, puis ils les transmettent au bureau national de Canada Vigilance pour une analyse plus approfondie. La déclaration peut se faire en ligne, par téléphone ou, encore, en soumettant, par télécopieur ou par la poste, le formulaire de Canada Vigilance conçu à cette fin.

Pour plus de renseignements : **www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php**

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial (VRS) : palivizumab (Synagis^{MD})

Le palivizumab est habituellement recommandé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les bébés prématurés lorsque le VRS est identifié dans une proportion supérieure à 5 %. En raison de la circulation actuelle du VRS (16,1 %), la prescription du palivizumab est présentement recommandée comme mesure prophylactique pour prévenir la bronchiolite.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé que l'Agence de la santé publique du Canada donne aux voyageurs se trouvent sur le site Web de l'Agence, à l'adresse suivante : **www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub_f.html**

Prévention

Compte tenu de la circulation des virus respiratoires, l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente doit être appliquée dans tous les milieux de soins.

Pour plus de renseignements :

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins – Avis scientifique, émis par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en 2004 (www.inspq.qc.ca/publications).

EFFICACITÉ D'UNE DOSE DU VACCIN AVEC ADJUVANT CONTRE LA GRIPPE A (H1N1) PANDÉMIQUE POUR PRÉVENIR L'HOSPITALISATION CHEZ LES ENFANTS DE 6 MOIS À 9 ANS

RODICA GILCA ET GENEVIÈVE DECEUNINCK, INSPQ, UNITE DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE CHUQ-CHUL

Le vaccin contre le virus de la grippe A (H1N1) pandémique contenant l'adjuvant AS03 a été utilisé pour contrer la pandémie au Canada et au Québec. Le vaccin saisonnier contre la grippe est recommandé pour les enfants à partir de l'âge de 6 mois et le Guide canadien d'immunisation ainsi que le Protocole d'immunisation du Québec recommandent l'administration de deux doses, à intervalle de quatre semaines, aux enfants de moins de 9 ans. Pour le vaccin pandémique, à la lumière des données préliminaires sur son immunogénicité et sa sécurité, le Comité sur l'immunisation du Québec recommandait, en novembre 2009, l'administration d'une seule demi-dose adulte du vaccin contenant l'adjuvant aux enfants de 6 mois à 9 ans pendant la campagne de vaccination de l'automne 2009. Afin d'évaluer l'efficacité de cette dernière approche pour prévenir l'hospitalisation chez les enfants âgés entre 6 mois et 9 ans, l'Institut national de santé publique du Québec s'est vu confier un mandat d'enquête épidémiologique par le Directeur national de santé publique.

Pour cette enquête, le devis cas-témoins appariés a été retenu. Les enfants hospitalisés pour une grippe A(H1N1) pandémique entre le 12 novembre et le 19 décembre 2009 (221 cas) ont été comparés aux enfants n'ayant pas été hospitalisés (663 témoins), appariés pour l'âge et la région de résidence et choisis dans le fichier de la Régie de l'assurance maladie du Québec de façon à constituer un échantillonnage aléatoire stratifié. Des intervieweurs qualifiés ont interrogé les cas et les témoins par téléphone, au moyen d'un questionnaire standardisé. Les données relatives au type de vaccin et à la date de la vaccination ont été validées par la comparaison avec le fichier provincial de vaccination contre la grippe pandémique. Puisqu'il est généralement admis que le système immunitaire met environ deux semaines à fabriquer des anticorps contre la grippe, l'efficacité du vaccin pour prévenir les hospitalisations a été estimée à partir de 14 jours après l'administration du vaccin. Elle a aussi été estimée à 10 jours ou plus après l'administration du vaccin, car une certaine protection pourrait exister dès les premières montées d'anticorps. Les mesures sont ajustées pour les maladies sous-jacentes, la vaccination contre la grippe saisonnière en 2008-2009 et la présence de jeunes enfants dans la famille, de façon à tenir compte de leur effet confondant potentiel sur les estimations.

L'enquête a montré que l'efficacité globale du vaccin pour prévenir l'hospitalisation à 14 jours ou plus après la vaccination chez les enfants de 6 mois à 9 ans était de 85 %. Plus précisément, dans les groupes d'âge des 6-23 mois, des 2-4 ans et des 5-9 ans, elle était respectivement de 92 %, 89 % et 79 %. L'efficacité globale était de 81 % à 10 jours ou plus après l'immunisation.

En conclusion, cette enquête démontre qu'une seule dose pédiatrique du vaccin avec adjuvant AS03 contre la grippe A(H1N1) pandémique donné aux enfants âgés entre 6 mois et 9 ans pendant la campagne de vaccination de l'automne 2009 leur a offert une très bonne protection contre l'hospitalisation. Cette protection existait aussi tôt qu'à 10 jours après l'immunisation et augmentait légèrement à 14 jours après l'immunisation. Ces résultats confirment qu'il n'était pas nécessaire d'administrer aux enfants une deuxième dose du vaccin contenant de l'adjuvant pendant la campagne de vaccination contre la grippe pandémique au Québec.

Surveillance de l'influenza saisonnière

OMS : www.who.int/csr/disease/influenza/en/index.html
États-Unis : www.cdc.gov/flu
Europe : www.euroflu.org
MSSS : www.infogrippe.gouv.qc.ca
Agence de santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php
INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza

Surveillance de l'influenza aviaire

OMS : www.who.int/csr/don/en
FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html
OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

Surveillance de la grippe A(H1N1)

OMS : www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html
États-Unis : www.cdc.gov/h1n1flu/
Canada : www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/surveillance-fra.php

Personnes ayant contribué à ce numéro : Christine Lacroix, Danielle Vachon, Soulyvane Nguon, Céline Gariépy, Nadia Abdelaziz, Marlène Mercier, Monique Landry, Danielle Auger ainsi que les membres du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI) : Hugues Charest, Lucie Paré, Monique Douville-Fradet, et Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash influenza* en consultant le site Internet du MSSS à l'adresse suivante :
www.infogrippe.gouv.qc.ca

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash influenza* par courriel peuvent s'inscrire à l'adresse suivante :
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement

Prochaine parution : 25 février 2011

Le bulletin *Flash influenza* est une production du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza, les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec, les directions régionales de santé publique.

Santé et Services sociaux Québec